Aus dem pathologischen Institut zu Greifswald.

LANE MEDICAL LIBRARY SAN FRANCISCO

Beitrag zur

Casuistik der Nierenstrumen.

Inaugural - Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Facultät

der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Montag, den 11. Mai 1891

Mittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Alexander Villaret

pract. Arzt

aus Battin bei Prenzlau.

Opponenten:

Herr Oskar Brandt, prakt. Arzt.
Herr Max Ahrens, cand. med.
Herr Hermann Rahmlow, cand. med.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1891.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0254

Seinen lieben Eltern

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

In den letzten 20 Jahren sind gewisse Arten von Nierengeschwülsten Gegenstand einer genaueren Forschung geworden, welche in der Litteratur als Lipome, oder Adenome, oder Adenocarcinome beschrieben sind. Erst Grawitz wies nach, dass ein Teil dieser nicht aus der Rinde der Niere stamme, sondern seinen Ursprung bei der Entwicklung versprengten Keimen der Nebenniere verdanke.

Diese embryonalen Versprengungen von Nebennierenkeimen sind ein ungemein häufigerer Sektionsbefund, als man annehmen sollte. Nach einem Bericht aus der Berliner Charité ergiebt sich, dass in jeder Woche mindestens in einem Falle der ausgeführten Sektionen, ja aus einer von Schmorl aufgestellten Statistik in 92 % aller Leichen, versprengte Nebennierenstücke gefunden worden sind.

Der Grund dafür, dass trotz der grossen Zahl dieser Entwicklungsanomalien dieselben früher keine Beachtung gefunden haben, liegt wohl darin, dass man den Zusammenhang derselben mit den Geschwülsten der Niere nicht kannte.

In den letzten Jahren hat man solche Fälle mehrfach gesammelt, jedoch ist die Zahl der Beob-

achtungen immer noch eine ziemlich geringe, und so dürfte es sich wohl verlohnen, einen von der hiesigen Universitätsklinik zur Sektion gebrachten Fall und einen aus Posen dem pathologischen Institut zugesandten operativ entfernten Nierentumor mitzuteilen.

Vorher möge es mir noch gestattet sein, die einschlägige Litteratur einer kurzen Besprechung zu unterziehen.

Während Klebs und Sturm und später Sabourin und Weichselbaum der Ansicht waren, dass die Geschwülste der Niere, welche sie als Adenome beschrieben hatten, von den Epithelien der Harnkanälchen ausgingen, ergaben die Untersuchungen von Grawitz, dass viele derselben in ihrem histologischen Aufbau genau mit zweifellosen Nebennierentumoren übereinstimmten, und nannte sie Strumae suprarenales accessoriae.

Er stützte seinen Nachweis durch folgende Momente.

Für die Abstammung aus versprengten Nebennierenkeimen spricht der Sitz und die Häufigkeit, mit der man beim Abziehen der Capsula albuginea solche dicht unter ihr, oder in das Gewebe der Nierenrinde eingebettet findet. Sie liegen entweder direkt im Nierengewebe oder sind von einer bindegewebigen Grenzschicht umgeben. Der Ort, an dem man sie findet, entspricht stets solchen Stellen, wo im Foetalleben die Nebenniere sitzt. Zu einer

Zeit ist die ganze konvexe Fläche der Niere von der relativ grossen Nebenniere bedeckt, der Hilus der Niere bleibt stets frei. Darum findet man sowohl oben, wie unten versprengte Nebennierenkeime, niemals jedoch im Hilus der Niere.

Nun finden sich aber auch Fälle, wo die versprengten Stückchen nicht an der Oberfläche, sondern ganz von Nierenparenchym umgeben liegen.

Dieses Zustandekommen hat Grawitz durch 3 Fälle erklärt, in derem ersten in der Niere eines 2jährigen Kindes ein Knötchen in einem Spalt zwischen zwei Renculi 5—10 mm tief hineinragt, während andere auf der Oberfläche zu finden sind.

Beim 2ten Fall, wo es sich um einen erwachsenen Menschen handelt, zieht ein Teil der Nebenniere in einen solchen Spalt hinein, hat sich aber nicht von ihr abgetrennt.

Im 3ten findet sich ein Keim in der Niere einer alten Frau so in die Corticalis eingebettet, dass seine Fortsetzung nach oben hin gerade in einen noch gerade sichtbaren Renculusspalt fallen würde. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich nun, dass dieses Stück mit einer bindegewebigen Hülle umgeben war, die durch einen Strang mit der Nierenkapsel in Verbindung stand.

Dazu kann ich noch einen vierten Fall fügen, wo ein versprengter Keim in einer noch deutlichen Renculusfurche liegt und 4 mm tief in die Rindensubstanz der Niere hineinreicht.

Wenn nun ein abgesprengter Keim gerade in den Spalt zwischen 2 Renculi fällt, so ist es klar, dass er bei der fortschreitenden Entwicklung von der Nierensubstanz vollständig umwuchert wird und dann scheinbar ohne jeden Zusammenhang mit der Oberfläche liegt. Charakteristisch für sie ist jedenfalls immer, dass sie interlobulär, d. h. in den Columnae Bertini liegen.

Als weiteren Beweis für die Abstammung der Tumoren aus versprengten Keimen führt er die Übereinstimmung derselben mit dem Bau der sogenannten Strumen oder Adenome der Nebenniere selbst an.

Erstens ist die Form der Zellen von der der Epithelien der Harnkanälchen so verschieden, dass man in jedem Präparat genau den Unterschied zwischen Neubildung und Nierenparenchym feststellen kann. Sie sind meist polymorph mit deutlichem grossen Kern Ihr Charakter wird ausserdem durch den Fettgehalt der Zellen bestimmt; und zwar handelt es sich hier nicht um Fettmetamorphose, welche zur Bildung von Körnchenzellen führt, sondern um Fettinfiltration, d. h. Anfüllung der Epithelien mit Fetttröpfchen, was an den Epithelien der Harnkanälchen nie vorkommt, an der Rindensubstanz der Nebenniere aber ein regelmässiger Befund ist. Auch lässt sich häufig die Anordnung der Epithelien in Reihen, wie bei der Nebenniere nachweisen.

Auch darin stimmen die Tumoren mit den Strumen überein, dass sie dieselben Degenerationen durchmachen. Sie zeigen haemorrhagische und teleangiectatische Centren, oder es treten myxomatöse Erweichungen auf. Häufig kommt es in den Geschwülsten zu einer so starken Fettmetamorphose mit nachfolgender Cholestearinbildung und infolge dessen zu Austritt von Blut aus den zahlreichen Gefässen des Tumors, dass derselbe schliesslich eine grosse Cyste bildet, an der man nur noch in der Wand den wahren Charakter der Geschwulst erkennen kann.

Durch diese Degenerationsvorgänge reihen sich besagte Geschwülste schon den malignen Tumoren an. Sie sind von Hause aus durch ihren starken Fettgehalt zur fettigen Degeneration prädestinirt. Solche Fälle beschreibt Strübing im Deutschen Archiv für Klinische Medizin Bd. 43.

Er geht auf die Klinische Bedeutung derselben ein und weist auf die Wichtigkeit hin, ihrer Malignität wegen möglichst früh eine sichere Diagnose einer solchen Geschwulst zu stellen. Die Diagnose ist freilich meist sehr schwierig. Man findet einen Tumor in der Nierengegend, doch macht derselbe selten für eine Nierenerkrankung charakteristische Erscheinungen.

Von Seiten der Harnwege sind die Symptome ganz unbeständig, es findet sich manchmal Albumen im Harn, manchmal nicht. Die Menge des Harns

tis oft ganz normal. Charakteristisch ist allein der Nachweis von Cholestearin und Blut oder von zerfallenen Tumormassen im Harn.

Im ersten Falle, den Strübing selbst beobachtet hat, handelt es sich um einen rechtsseitigen Nierentumor mit vollständig glatter Oberfläche, der nach unten bis zur Crista ossis ilei und bis zum os pubis reicht, die Mittellinie des Abdomens nach links überragt und oben von der Leber nicht abzugrenzen ist. Der Tumor zeigt deutliche Fluctuation, er macht fast keine Beschwerden, nur solche, die durch seine Grösse und Raumbeengung bedingt waren und in neuralgischen Schmerzen, gastrischen und Athmungsstörungen bestanden. Da die Diagnose zwischen Echinococcus und Hydronephrose schwankend war, wurde die Punction gemacht, bei welcher Blut und fettiger Detritus gefunden wurde.

Der Tod trat durch eine Pleuritis ein. Die Section ergab dann das Bestehen einer zu einer Cyste erweichten Struma.

Einen ganz ähnlichen, in Virchows Arch. Bd. 93 von Grawitz mitgetheilten Fall hatte Klaatsch beobachtet, der auch keine besonderen Störungen des allgemeinen Befindens veranlasst hatte, sich aber von ersterem dadurch unterschied, dass mehrmals durch die Harnwege Blut und Zellenconglomerate abgeführt wurden, woraus zu schliessen ist, dass eine Communication mit dem Nierenbecken und der Cyste eingetreten war. Der Tumor wurde auch

punktiert und Patient starb an der Verjauchung des Tumors.

In einem dritten von Rudolphi beobachteten Fall fand sich ein fester Tumor, der schnell in Erweichung überging und an Grösse zunahm.

Hierhin gehört noch ein Fall, den Leopold eine Blutcyste nannte, welche er, da er sie für einen Ovarialtumor hielt, operativ entfernte und dadurch Heilung erzielte. Hierzu müssen wir noch 2 Fälle von Atherom der Niere rechnen, deren ersten wir von James Paget (Lectures on surgical pathology III Edition 1870), den zweiten von Schlegtendal (v. Langenbecks Archiv, Bd. 36) beschrieben finden.

Wenn nun schon der Zerfall der Geschwulstmassen und die damit verbundenen Haemorrhagien aus neugebildeten Gefässen in den Tumor hinein für die Malignität desselben sprechen, so beweisen die Metastasen, welche solche Tumoren in anderen Fällen gebildet haben, dieselbe vollständig.

Ein solcher Fall ist von Loewenhardt eingehend beschrieben und auf dem XVI. Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie von Helferich demonstriert worden. Der Patient kam wegen eines grossen Tumors in der linken Schultergegend in die Greifswalder Klinik. Bei der Untersuchung fand sich neben diesem gewaltigen Tumor, der von der Clavicula zum Sternum zog, ein kleinerer neben der Mitte der Halswirbelsäule, der auf Druck heftige

Schmerzen im Ulnarisgebiet hervorrief. Im Laufe der Zeit nahmen die Tumoren an Wachstum zu, der Kräftezustand des Patienten rapide ab. Es stellten sich noch Funktionsstörungen und Atrophie der rechten unteren Extremität ein und Patient ging am Collaps zu Grunde.

Die Section ergab Tumoren im Rückenmark, auf der linken Brustseite von der Schulter zum Sternum gehend, der Wirbel, besonders der Wirbelkörper, ferner solche in den Lungen und den Primärtumor in der Niere. Dieser Tumor liegt am oberen Ende der Niere und ist durch eine Kapsel von dem noch vorhandenen Nierengewebe abgegrenzt. Die Hauptmasse besteht aus verfettetem und haemorrhagisch erweichten Gewebe. Die mikroskopische Untersuchung ergab nun, dass sämmtliche Tumoren in ihrem Bau vollständig übereinstimmen; sie zeigen alle fetthaltige Epithelien, sodass man gezwungen ist, den Nierentumor als den primären anzusehen. Die übrigen Tumoren waren ihrer Structur nach Sarcome.

Einen analogen Fall erwähnt Grawitz, wo ein von der Nebenniere ausgehendes Sarcom in Lunge und Leber zahlreiche Metastasen gemacht hatte, die in ihrer Structur dem Bau der Nebenniere ganz ähnlich waren.

Der Zellenreichtum und die Bösartigkeit bewogen ihn, den Tumor für ein Sarcom zu halten,

obwohl er sonst das Bild der einfachen Struma suprarenalis bot.

Ein anderer Fall, der von Benecke mitgeteilt worden ist, in dem beide Nebennieren hypertrophisch sind und Adenome enthalten und in beiden Nieren sich versprengte Nebennieren-Keime finden, von denen der eine zum Adenom, der andere zum Sarcom sich entwickelt hat, ist ein neuer Beweis für die von Grawitz aufgestellte Behauptung, dass sich aus versprengten Nebennierenkeimen Sarkome entwickeln können. Benecke fand dicht nebeneinanderliegend altes Nebennierengewebe im ruhenden, dann im wuchernden Zustande und endlich Sarcom. Damit ist der Übergang der Nebennierenkeime in Sarkome und zu gleicher Zeit die Bösartigkeit der von ihnen ausgehenden Geschwülste über jeden Zweifel erhaben.

Die histologische Struktur der Tumoren ist für die Beurteilung der Malignität nicht immer massgebend, da auch Fälle von Adenomen, als welches der Loewenhardt'sche Fall aufzufassen ist, sehr bösartig sein können.

Ich komme jetzt zu meinen beiden Fällen, von denen der erste hier auf der medizinischen Klinik beobachtet wurde; die Section wurde von Herrn Dr. Horn ausgeführt. Der zweite ging dem pathologischen Institut aus Posen leider ohne Krankengeschichte zu und war von Herrn Sanitätsrat Dr. Zielewicz operativ entfernt worden.

Krankengeschichte.

Patient ist der 37jährige Landmann Wilhelm Hollmelien aus Demmin. Seine Eltern sind an ihm unbekannten Krankheiten gestorben, ebenso sechs Geschwister; zwei Schwestern leben noch und sind gesund. Patient ist sonst nie krank gewesen. Im September vorigen Jahres hat er Nierenbluten mit starken Schmerzen gehabt. Sein jetziges Leiden begann gegen Mitte November 1890. Er hatte stets ein Gefühl von Völle im Leibe und es schien ihm beim Essen so, als ob ihm die Speisen in der Brust stecken blieben. Seit 4 Wochen bemerkte er eine Schwellung der Beine, die besonders stark im linken auftrat und da immer stärker geworden ist. Da seine Beschwerden in der letzten Zeit grösser wurden, liess er sich am 7. April in die hiesige Universiätsklinik aufnehmen.

Status praesens.

Patient ist ein mittelgrosser, schwächlicher Mann, mit wenig entwickelter Muskulatur und geringem Panniculus adiposus. Ödeme sind in den Beinen und im Abdomen vorhanden; er ist stark kachektisch.

Systema respirationis.

Die Percussion der Lungenspitzen ergiebt links etwas abgekürzten Schall, die Auscultation ebenda verschärftes Athmen mit Knattern; sonst ist auf der Lunge nichts Abnormes nachzuweisen.

Systema circulationis.

Am Herzen ist nichts Abnormes zu finden, der Puls ist ziemlich schwach, 110 Schläge.

Systema nervosum

Patient hat Kopfschmerzen und schläft deshalb schlecht.

Systema digestionis.

Patient hat eine stark belegte Zunge und klagt über Trockenheit im Munde, das Sprechen fällt ihm schwer. Beim Schlucken hat er Schmerzen im Halse. Der Apetit ist schlecht und der Kranke hat starke Diarrhoen. Der Leib ist sehr geschwollen, zeigt deutliches caput Medusae. Die Percussion ergiebt fast überall tympanitischen Schall, eine geringe Dämpfung lässt auf mässigen Hydrops ascites schliessen. Auf Druck ist die ganze Bauchgegend schmerzhaft; die Leberdämpfung ist verbreitert; die Milz kann man des Meteorismus wegen nicht percutiren, jedoch fühlt man bei Druck auf die Milzgegend einen deutlichen Tumor, der platt ist und sich ziemlich tief nach unten erstreckt.

Systema uropoeticum.

Der Urin ist hochgestellt, seine Menge normal, er enthält etwas Albumen. Die mikroskopische Untersuchung desselben zeigt Harncylinder, die aus zerfallenen roten Blutkörperchen und zerfallenen Epithelien bestehen.

Diagnose.

Tumor in abdomine (renum?).

Der Exitus letalis erfolgte am 17. April 1891 Abends 6 Uhr 45 Minuten.

Sectionsprotokoll.

Mittelgrosse männliche Leiche, stark abgemagert

Hautfarbe blassgelblich, in der Kreuzbeingegend eine etwa 3 Markstückgrosse Decubitusstelle. Panniculus adiposus fast ganz geschwunden. Es besteht ein Oedem der Beine, links stärker als rechts. Beim Eröffnen der Bauchhöhle sieht man das sehr fettarme Netz die vorliegenden Därme etwa einen Finger breit bedecken, das Peritoneum ist überall glatt und glänzend. In der Bauchhöhle ist eine geringe Menge klarer gelblicher Flüssigkeit vorhanden.

Stand des Zwerchfells rechts am untern Rand der fünften Rippe, links am oberen Rand derselben.

Bei Eröffnung der Brusthöhle sieht man beide Lungen gut retrahirt, Verwachsungen beiderseits in den Spitzen, beiderseits ist der Pleuraraum mit einer ziemlich reichlichen klaren, gelbrötlichen Flüssigkeit angefüllt. Im Herzbeutel findet sich ebenfalls ein mässig starker Erguss einer klaren, gelblichrötlichen Flüssigkeit.

Das Herz selbst entspricht seiner Grösse nach der Faust des Individuums. Das Pericard zeigt an der Spitze eine sehnige Verdickung von cr. 1 cm Durchmesser. Das Myocard ist hellbräunlich, rechts $^1/_2$ cm, links $1^1/_4$ cm dick. Das Endocard zeigt in der Gegend der Semilunarklappen leichte fibröse Verdickungen. Die Aorta misst über den Klappen 8 cm. Die Intima zeigt reichliche bucklige Hervorwölbungen. Der rechte Ventrikel ist ziemlich weit, mit wenigen Speckgerinseln gefüllt. Im linken Ventrikel finden sich ebenfalls Speckgerinsel in etwas grösserer Menge.

Die linke Lunge fühlt sich in den oberen Partien ziemlich derb an, auch in den abhängigen Teilen ist der Luftgehalt sehr gering. Beim Einschneiden finden sich in der Spitze zwei haselnussgrosse, mit käsig eitrigen Massen angefüllte, von derber pyogener Membran ausgekleidete Höhlen, ferner finden sich Herde von käsiger Hepatisation darin und Bronchitis caseosa mit fibröser Peribronchitis. In den abhängigen Partien finden sich ebenfalls einige kleinere Herde käsiger Hepatisation.

Es lässt sich von der Schnittfläche eine ziemlich reichliche, klare, wässerige Flüssigkeit abstreichen.

Die rechte Lunge fühlt sich an der Spitze ziemlich derb an, ist sonst überall lufthaltig. In der Spitze findet sich eine kleinwallnussgrosse Höhle ebenfalls mit starker pyogener Membran ausgekleidet. Um die Höhle herum findet sich ein Herd käsiger Hepatisation.

Die Milz zeigt an ihrer Oberfläche einige kleine Verdickungen, sie fühlt sich ziemlich derb an, misst $15 : 9 : 3\frac{1}{2}$ cm und ist ziemlich blutreich. Die Follikel treten überall mit grosser Deutlichkeit hervor. Sie zeigt Amyloidreaction. In der linken Nierengegend fühlt man einen etwa kindskopfgrossen höckerigen, ziemlich derben Tumor, er misst $17 : 10 : 9$ cm. Der Tumor selbst gehört der linken Niere an. Er lässt sich ziemlich leicht aus der capsula adiposa herausschälen; jedoch kommt es dabei an mehreren Stellen zu Rissen der Kapsel, aus denen gelblich-

weisse, zerfallene Geschwulstmassen hervorquellen. Die Spitze der Geschwulst zeigt an mehreren Stellen Durchwucherungen der Kapsel.

Der Tumor besteht äusserlich aus zwei Abteilungen, einer kleineren oberen und eines grösseren unteren. Beim Durchschneiden des Tumors sieht man an den unteren Randpartien noch etwas erhaltenes Nierenparenchym. Im oberen Teile ist kein Nierenparenchym mehr zu finden. Die Nierenkelche sind mit Deutlichkeit zu erkennen. Das Nierenbecken ist von aussen mit derben, knolligen Geschwulstmassen umgeben, die sich nach unten hin gegen die Wirbelsäule diffus in die Muskulatur fortsetzen und an einer Stelle die Aorta descendens von vorn her umgeben. Auf dem Durchschnitt sieht man die Geschwulstmasse als weissliche derbe Knoten, die an einzelnen Stellen, namentlich an der Spitze des Tumors Haemorrhagien zeigen. Auf dem Durchschnitt ist die Grenze zwischen oberer und unterer Partie des Tumors nicht zu erkennen. Die Schleimhaut der erhaltenen Nierenkelche zeigt ebenfalls an einer Stelle festansitzende Geschwulstmassen, an einzelnen finden sich kleine Cysten, mit einer hellgelben, wasserklaren Flüssigkeit gefüllt. Die Schleimhaut des Urethers ist ebenfalls von Geschwulstmassen eingenommen, die vom Nierenkelche aus in dieselbe hineingewuchert sind, da die Aussenwand des Urethers glatt ist. Rechts von der Wirbelsäule findet sich ein etwa 4 cm breiter, 5 cm langer

Tumor, der sich ebenfalls ziemlich derb anfühlt, dagegen vollständig glattwandig ist. Bei der Herausnahme zeigt es sich, dass diese Geschwulstmassen in der erweiterten Vena cava inferior sitzend, sich aus derselben mit Leichtigkeit herausnehmen lassen, nur an einer Stelle zeigt er sich mit der Gefässwand verwachsen.

Die rechte Niere lässt sich leicht aus der Kapsel lösen, misst $13^1/_2 : 7^1/_2 : 3^1/_2$ cm, die Oberfläche ist überall glatt und glänzend. Der Blutreichtum mässig stark, die Rinde, von normaler Breite, lässt deutliche Trübung nicht erkennen, wohl aber ist ihre Zeichnung im ganzen ziemlich undeutlich. Die Consistenz ist mässig derb. Deutliche Amyloidreaction.

Die Harnblase ist ziemlich stark gefüllt mit einer trüben, gelblichen Flüssigkeit. Die Schleimhaut derselben lässt keinerlei Abnormitäten erkennen.

Die Rectalschleimhaut zeigt fleckenweise starke Hyperaemien. Die Gallengangspapille ist durchgängig, es entleert sich bei Druck auf die mässig stark gefüllte Gallenblase ein spärliches, zähes, gelblichgrünes Secret. Im Magen befindet sich wenig dünnflüssiger, gelber Inhalt, die Schleimhaut sieht bläulich aus, ist mit einer dünnen Schicht zähen, gelbgrünen Schleims bedeckt. An einzelnen Stellen, in der Gegend der grossen Curvatur zeigen sich kleine Haemorrhagien.

Die Leber misst 30 : 20 : 10 cm. Die Oberfläche

ist überall glatt, die Consistenz ist mässig derb, der Blutgehalt ziemlich gering. Das Parenchym lässt die Acinuszeichnung sehr undeutlich erscheinen, besitzt mässigen Fettgehalt. Im Dünndarm findet sich spärlicher, dünnflüssiger Inhalt, die Schleimhaut ist stark anämisch und zeigt deutliche Amyloidreaction. Der Dickdarm ist gefüllt mit ziemlich reichlichen, festen, gelben Kothmassen. Die Schleimhaut zeigt in der Gegend des Coecums zahlreiche punktförmige Haemorrhagien, ist in den übrigen Teilen des Dickdarms ebenfalls etwas anämisch. Die Follikel springen als graue Knötchen deutlich hervor.

Diagnose.

Tumor renis sinistri. Phthisis inveterata apicis, recens lobi inferioris pulmonis utriusque.

Oedema pulmonum, Hydrothorax, Hydropericardium, Hydrops Ascites, Endoarteriitis Aortae, Degeneratio amyloidea lienis, renis dextri, intestinorum.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle neben Phthisis pulmonum, Amyloidentartung der Milz, des Darmes und der Niere, um einen Tumor der Niere mit einer Metastase in der Vena cava inferior. Die linke Nebenniere war nicht aufzufinden, sodass die Annahme berechtigt erscheint, dass hier die ganze Nebenniere unter der Capsula albuginea der Niere gelegen hat.

Dieses Zusammenliegen unter einer Kapsel hat Ecker (der feinere Bau der Nebenniere, Braunschweig 1846) bei geschwänzten Batrachiern und Fischen(Hecht)

oft gefunden. Auch hat Marchand es häufiger beobachtet und von Bieck in einer Dissertation beschreiben lassen (Marburg). Auch Rokitanski erwähnt einen solchen Fall, wie folgt: „Es fand sich ein angeborener, inniger Zusammenhang der Niere und Nebenniere, indem beide Organe ein und dieselbe Tunica albuginea einhüllt und die Nebenniere an ihrer concaven Fläche mit der Niere mittelst kurzen, straffen vasculösen Zellstoffes adhaeriert."

Analog diesen Fällen stelle ich mir die Lage der Nebenniere unter der Capsula albuginea in unserem Falle vor und glaube, dass die Geschwulst von ihr ausgegangen ist.

Man sieht an dem Präparat, dass der ganze Tumor von einer Kapsel umgeben ist, die an einzelnen Stellen von Geschwulstmassen durchbrochen ist. Von den Nierenkelchen aus geht die Geschwulst auf die Schleimhaut des Ureter über, am Rande der unteren Partien des Tumors ist noch etwas Nierenparenchym vorhanden, in den oberen Partien, die schon hochgradigen Zerfall und ausgedehnte Haemorrhagien zeigen, ist von Nierenparenchym nichts mehr zu entdecken.

Die mikroskopische Untersuchung des frischen, ungefärbten Präparats ergiebt neben starker interstitieller Bindegewebswucherung und dem erhaltenen Nierenparenchym kolossale Massen von Epithelien, die eine gewisse Regelmässigkeit in ihrer Anordnung deutlich erkennen lassen. Ab und zu sind Binde-

gewebezüge erkennbar. Die isolierten Epithelien sind grosse kubisch platte, in der Form wechselnde Zellen und enthalten neben einem deutlichen grossen Kern Fetttröpfchen, wie sie für die Zellen der Nebenniere charakteristisch sind.

Der zweite Fall ist dem pathologischen Institut durch die Güte des Herrn Sanitätsraths Dr. Zielewicz, welcher die erkrankte Niere operativ entfernt hat, zugesandt worden. Es handelt sich um einen ungefähr mannskopfgrossen Sack, dessen Wandungen von weichen Geschwulstmassen bedeckt sind. An einer Stelle sieht man noch einen Teil der Niere erhalten. Der Inhalt des Sackes, soweit er vorhanden war, besteht aus fettig zerfallenen Massen und enthält viel Cholestearin und Blutfarbstoff. Die Untersuchung des frischen Präparates lässt die Form der Epithelien als den oben beschriebenen gleich erscheinen, nur sind sie etwas kleiner. Bei der Auspinselung zeigt sich dagegen ein deutliches Stroma. Die Untersuchung der gefärbten Präparate hat Folgendes ergeben: in beiden Fällen findet sich in dem noch erhaltenen Nierenparenchym starke interstitielle Bindegewebswucherung, die einen Teil des Nierengewebes schon zur Verödung gebracht hat.

Das Bild der beiden Geschwulstformen ist dagegen ein wesentlich verschiedenes. In dem ersten Falle sehen wir die Epithelien von unregelmässig angeordneten Bindegewebszügen durchzogen, die jedoch an einzelnen Stellen stark verdünnt sind;

andrerseits finden wir an der Grenze der Geschwulst vom Bindegewebe aus papillenförmige Züge in die Geschwulst hineinwachsen.

Bei dem zweiten Tumor ist der Charakter der Geschwulst ausgesprochen alveolär und zwar sieht man an der Grenze zwischen Geschwulst und Nierenparenchym einen grösseren Knoten, der wie von einer derben Kapsel umschlossen erscheint. Die Epithelien in demselben zeigen eine gewisse Unregelmässigkeit ihrer Anordnung.

Die eigentliche Tumormasse selbst zeigt jedoch einen sehr deutlich carcinomatösen Charakter.

Von Wichtigkeit ist die Weiterverbreitungszone beider Tumoren, die ganz analoge Bilder liefert. Man sieht im Bindegewebe der Kapsel einzelne oder kleinere Gruppen von Epithelien in Lymphspalten liegen, welche durch Wucherung allmählich Alveolen bilden. Während der alveoläre Charakter im zweiten Falle auch auf der Akme der Geschwulstentwicklung bestehen bleibt, geht er im ersten Falle vollständig verloren und liefert die oben beschriebenen drüsenähnlichen papillären Wucherungen.

Was nun die klinische Seite der beiden Fälle anlangt, so beweisen beide die Bösartigkeit der Strumen. Der erste Fall bildet eine Metastase, der zweite zerfällt und wird, wie in den von Strübing beschriebenen Fällen eine grosse Cyste. Unser Tumor machte keine besonderen, für die Diagnose sehr verwendbaren Symptome, sondern nur die allgemeinen, welche in

den anderen Fällen auch gefunden worden sind, Völle im Leibe, Störungen von Seiten des Darmtraktus und Drucksymptome, aber keine sicheren Erscheinungen von Seiten der Harnwege. So beweist auch unser Fall wieder die Schwierigkeit, welche die Nierengeschwülste der Diagnose bieten, was um so gefahrlicher ist, da sie einen so bösartigen Charakter haben. Deswegen ist es sehr zu empfehlen, bei grossen Tumoren der Nierengegend die Totalexstirpation auszuführen, welche, wie uns der Fall von Leopold gezeigt hat, die einzige Therapie ist, die wir anzuwenden haben. Dieselbe ist auch von Herrn Sanitätsrath Dr. Zielewicz ausgeführt worden und wird hoffentlich einen guten Erfolg haben.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Professor Dr. Grawitz für die gütige Überweisung des Themas und die liebenswürdige Unterstützung bei Anfertigung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen. Ebenso danke ich Herrn Dr. Horn für seine gütige Hülfe bei der Herstellung der Präparate.

Literatur.

Virchows Archiv. v. Langenbecks Archiv. Deutsches Archiv für klinische Medicin. Zieglers Beiträge zur pathol. Anat. Rokitanski Handb. d. path. Anat. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie.

Lebenslauf.

Charles, Louis, Alexander Villaret, evangelischer Confession, Sohn des Pastor em. Robert Villaret und seiner Ehefrau Sophie, geb. Mathieu, wurde zu Battin bei Prenzlau am 5. Nov. 1865 geboren. Er besuchte das Berlinische Gymnasium zum grauen Kloster, wo er das Zeugniss der Reife erhielt; studirte in Tübingen, Berlin und Greifswald Medizin, bestand in Berlin am 25. Febr. 1888 das Tentamen physicum, diente in Greifswald mit der Waffe vom 1. April bis 1. Oct. 1888, machte vom 1. Dec. 1890 bis 13. März 1891 das Staatsexamen und bestand am 21. April 1891 das Examen rigorosum.

Während seiner akademischen Laufbahn waren seine Lehrer die Herren Professoren und Dozenten:

in Tübingen:

Eimer, Henke, Pfeffer, Schulz.

in Berlin:

Bardeleben, v. Bergmann, Du Bois Reymond, Fräntzel, Gerhardt, Güterbock, Gurlt, Hartmann, Hirsch, v. Hofmann, Koch, Lewin, Leyden, Leibreich, Litten, Martin, Martius, Olshausen, Virchow, Waldeyer.

in Greifswald:

Arndt, Grawitz, Helferich, Krabler, Löffler, Mosler, Pernice, v. Preuschen, Rinne, Schirmer, Schulz, Strübing.

Allen diesen seinen hochverehrten Lehrern spricht Verfasser hier seinen pflichtschuldigen Dank aus.

Thesen.

I.

Bei Nierenstrumen ist die einzig rationelle Therapie die Totalexstirpation der Niere, welche möglichst frühzeitig vorgenommen werden muss, da die Strumen Metastasen bilden. Die Punction der cystisch erweichten Strumen ist nur zu diagnostischen Zwecken gestattet.

II.

Die Behandlung der Psoriasis mit Chrysarobin ist momentan die beste.

III.

Lehrer und Eltern sollten dringlich auf die Gefahren aufmerksam gemacht werden, welche den Kindern in der Unart des Kauens abgerissener Ähren oder Gräser wegen der möglichen Ansteckung mit Aktinomyces drohen.